

Cancer de la vulve et coïnfection VIH 1 et 2 : A propos d'un cas désespéré traité par chirurgie palliative et oncoplastie périnéale

Soutonnoma Laure Clarisse YAMEOGO^{1*}, Paratyandé Bonaventure YAMEOGO²,
Abdoul Halim BAGUE³, Nina KORSAGA/SOME³, Hyacinthe ZAMANE²,
Edgar OUANGRE³, Olga LOMPO/GOUMBRI⁴

Résumé

Le cancer de la vulve est une tumeur rare. Plusieurs facteurs de risque sont connus. Nous rapportons une comorbidité rare associant un carcinome épidermoïde de la vulve et une coïnfection VIH 1 et 2 afin de décrire notre démarche diagnostique et thérapeutique. Il s'agissait d'une patiente de 58 ans, G4P4, 3 enfants vivants, admise pour une ulcération vulvaire avec suintement périnéal et impossibilité de s'asseoir, évoluant depuis plus d'un an. Elle avait un antécédent de carcinome épidermoïde du front et une coïnfection VIH 1 et 2. L'examen avait noté une tumeur ulcéro-bourgeonnante vulvaire et l'histopathologie concluait à un carcinome épidermoïde différencié mature invasif de la vulve classé T2N0M0. Il a été réalisé une hémivulvectomie gauche palliative. La radiothérapie conseillée n'a pas pu être faite. Une récurrence locale ainsi que des métastases ont été notées après 4 mois de suivi. Le décès était survenu 9 mois après le diagnostic. La coïnfection VIH 1 et 2, le diagnostic tardif, sont des éléments de mauvais pronostic. La surveillance des personnes vivantes avec le VIH permettrait une détection précoce des lésions vulvaires, seul garant d'un meilleur pronostic.

Mots-clés : cancer vulve, co-infection VIH 1 et 2.

Vulva cancer and HIV co-infection 1 and 2: About a hopeless case treated by palliative surgery and perineal oncoplasty

Abstract

Vulvar cancer is a rare tumor. Several risk factors are known. We report a rare comorbidity associating squamous cell carcinoma of the vulva and HIV co-infection 1 and 2 in order to describe our diagnostic and therapeutic approach. It was a 58-year-old patient, G4P4, 3 living children, admitted for vulvar ulceration with perineal oozing and unable to sit, evolving for more than a year. She had a history of squamous cell carcinoma of the forehead and HIV 1 and 2 co-infection. The examination noted an ulcerative budding tumor of the vulva and the histopathology concluded with a mature differentiated epidermoid carcinoma of the vulva classified T2N0M0. Palliative left hemi-vulvectomy was performed. The recommended radiation therapy could not be done. Local recurrence and metastases were noted after 4 months of follow-up. The death occurred 9 months after the diagnosis. HIV 1 and 2 co-infection, late diagnosis, are elements of poor prognosis. Surveillance of people living with HIV would allow early detection of vulvar lesions, the only guarantee of a better prognosis.

Keywords: vulvar cancer, HIV coinfection 1 and 2.

¹ Chirurgie Générale et Digestive, CHU Tingandogo, Ouagadougou, Burkina Faso.

² Gynécologie-obstétrique CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso.

³ Chirurgie Générale et Digestive, CHU Yalgado Ouédraogo Ouagadougou, Burkina FASO.

⁴ Dermatologie-vénérologie, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso.

⁵ Anatomie Pathologique, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

* Auteur correspondant : yameogocla@yahoo.fr, (00226) 71 94 10 51

Introduction

Le cancer de la vulve est une tumeur rare. Plusieurs facteurs de risque sont connus comme le lichen scléreux, l'infection par le Human Papilloma Virus, l'infection par le VIH (2, 3, 10). Le traitement de ces cancers reste essentiellement la chirurgie avec une association radio-chimiothérapie dans les cas évolués (2, 9). Son pronostic dépend du stade diagnostique (7, 9). Nous rapportons une association rare cumulant une co-infection au VIH 1 et 2, et un carcinome épidermoïde de la vulve afin de décrire notre démarche diagnostique et thérapeutique.

I. Observation

Madame KK, 58 ans, G4P4, 3 enfants vivants, résidant à Ouagadougou, a consulté en mars 2013 pour une ulcération vulvaire avec suintement périnéal et impossibilité de s'asseoir. Le début remonterait à un an avec l'apparition d'une petite tuméfaction sur la grande lèvre gauche, qui a progressivement augmenté de volume, s'ulcérant avec un suintement périnéal. Cette symptomatologie avait fait l'objet d'une automédication sans succès. La position assise devenant une véritable épreuve, la patiente a consulté en dermatologie. Devant la volumineuse tumeur ulcéro-bourgeonnante, la patiente a été référée en chirurgie pour une meilleure prise en charge. Il a été noté dans ses antécédents un carcinome épidermoïde du front traité avec succès en 2007 par chirurgie et radiothérapie au Ghana et une co-infection VIH 1 et 2 suivie depuis 7 ans. Elle était à sa troisième ligne de traitement antirétroviral. La patiente signalait également des infections sexuellement transmissibles à répétition. Il n'y avait pas de notion de condylomes vulvaires ni de cancer familial. Elle était excisée et ménopausée depuis 9 ans.

A l'examen, elle avait un état général avec un statut de performance selon l'OMS coté à 2. La tumeur était ulcéro-bourgeonnante à fond sale, grossièrement ovale, mesurant environ 15 cm de grand axe, elle partait de la moitié inférieure de la grande lèvre gauche et envahissait tout le périnée jusqu'à l'anus, en débordant à droite. La marge anale était atteinte, de même qu'une infiltration du vagin, du col et des paramètres. La lésion était suintante et impactait sévèrement sur la qualité de vie de la patiente (figure 1A). Il y avait une infiltration indurée de la moitié supérieure de la grande lèvre gauche, de la grande lèvre droite et du pubis, avec une peau en surface d'aspect normal. Il n'y avait pas d'adénopathies inguinales. L'examen des autres appareils était sans particularités. L'histologie des pièces biopsiques avait objectivé un carcinome épidermoïde différencié mature invasif de la vulve. La tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne était normale. Au total, il s'agissait d'un carcinome épidermoïde classé T2N0M0 soit un stade II de la FIGO. Nous avons opté en mai 2013 pour une chirurgie palliative dont l'objectif premier était d'améliorer la qualité de vie. Une hémivulvectomie gauche s'étendant au périnée et emportant l'anus (figures 1B et 1C) a été réalisée, ainsi qu'une sigmoïdostomie. Ce geste a permis à madame KK de retrouver une autonomie de vie, de prendre 5 kg en trois mois et surtout d'avoir un confort physique et moral. La radiothérapie conseillée n'a pu être faite car la patiente ne voulait pas se rendre à l'extérieur pour la réaliser. Quatre mois après la chirurgie, les examens de surveillance ont montré un nodule d'environ 1 cm ulcéré au niveau inguinal gauche, et un autre bourgeonnant au niveau périnéal. La tomodensitométrie montrait cette fois-ci des nodules pulmonaires suspects de métastases. Nous avons opté pour des soins palliatifs, puis sur demande de la famille, la patiente a été évacuée aux États-Unis. Les investigations ont conclu au même résultat et des soins palliatifs ont été administrés. Le décès était survenu neuf mois après le diagnostic.

Iconographie

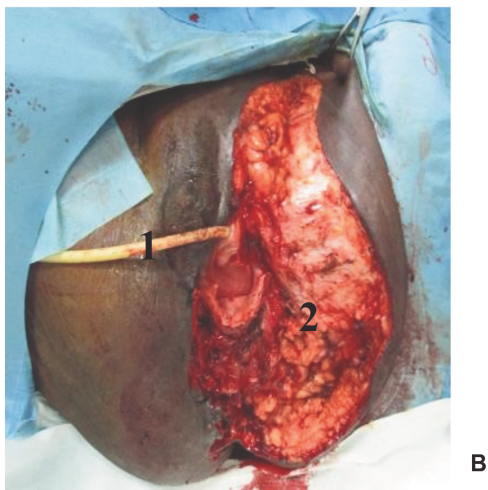
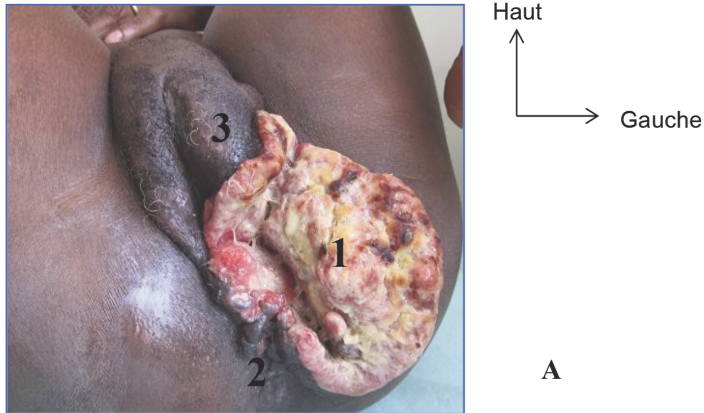


Figure 1 : Tumeur de la vulve prenant le périnée.

Figure 1A : Aspect avant l'intervention

1 : tumeur

2 : Anus

3 : grande lèvre infiltrée

Figure 1B : Plaie opératoire après exérèse

1 : sonde urinaire

2 : Plaie opératoire

Figure 1C : Aspect de la plaie opératoire après décollement et rapprochement cutané

II. Discussion

Le cancer de la vulve est le plus souvent rencontré chez les femmes ménopausées. Plusieurs facteurs prédisposants sont incriminés dans la survenue de ce cancer. Il s'agit du tabagisme, de l'infections à HPV et l'immunodépression (4, 5). A ces facteurs s'ajoutent dans le contexte des pays en développement comme le Burkina Faso, le retard à la consultation, l'automédication, l'absence de dépistage systématique des cancers gynécologiques (10). Tous ces éléments entraînent un retard au diagnostic et les patientes sont vues à des stades avancés de la maladie, comme c'est le cas chez notre patiente. L'infection à VIH par l'immunodépression qu'elle entraîne prédisposerait au cancer de la vulve (5). Dans la littérature, un cas de cancer de la vulve développé chez une femme jeune de 24 ans séropositive au VIH a été rapporté en Afrique du sud (6). En plus d'être un facteur de risque, la coinfection au VIH 1 et 2 est corollaire de tumeur très agressive surtout dans un contexte d'échappement thérapeutique comme dans notre cas. Notre patiente réunissait ainsi tous les facteurs de mauvais pronostic à savoir la volumineuse taille de la tumeur, la surinfection, l'altération de la qualité de vie, l'envahissement du canal anal, le retard de consultation. Un tel tableau ne donne pas beaucoup de degré de liberté aux indications thérapeutiques. C'est ainsi que nous avons réalisé chez notre patiente à but palliatif une hémivulvectomie gauche s'étendant au périnée et emportant l'anus (10). Une sigmoïdostomie a été associée. Dans la littérature, l'essentiel du traitement repose sur la chirurgie notamment les hémivulvectomies et les vulvectomies à visée curative (1, 2, 10). Des excisions ont été décrites notamment aux Etats-Unis où les diagnostics sont précoces (7). En outre, la radiothérapie et la chimiothérapie sont utilisées dans les formes localement avancées ou métastatiques (2, 8, 9). L'absence d'un centre de radiothérapie dans le contexte burkinabé et aussi le refus de la patiente de se rendre à l'étranger pour réaliser cette radiothérapie explique sa non réalisation et la récurrence locale puis métastatique constaté dans notre observation. Le décès s'expliquerait non seulement par le retard du diagnostic n'ayant permis qu'une chirurgie palliative et surtout la fragilité du terrain (coinfection VIH1 et 2 en échappement thérapeutique).

Conclusion

La coinfection VIH 1 et 2, le diagnostic tardif, la présence d'une complication au moment du diagnostic sont des éléments de mauvais pronostic dans le cancer de la vulve. La surveillance des personnes vivantes avec le VIH permettrait une détection précoce des cancers vulvaires, seul garant d'un meilleur pronostic.

Références Bibliographiques

1. **BODY G., DESCAMPS P., WALLEZ J. C., LANSAC J.** Chirurgie de la vulve, du vagin et du col. Edition Masson 1998 ; Paris, pp. 201-16.
2. **BODY G., ACKER O., BARILLOT I., MARRET H., ARBION F., AVIGDOR S., et al.** Cancers de la vulve. Référentiels Onco Centre : réunion du 15 Octobre 2010.
3. **CARTER J., CARLSON J., FOWLER J.** Invasive vulvar tumors in young women – a disease of the immuno suppressed. *Gynecol Oncol* 1993 ;51 :307-310.
4. **DE HULLU J. A., OONK M. H., VAN DER ZEE A. G.** Modern management of vulvar cancer. *Curr Opin obstet Gynecol* 2004 ;16(1) :65-72.
5. **KUHN L., SUN X.-W., WRIGHT T. C.** Human immunodeficiency virus infection and female lower genital tract malignancy. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1999 ;11 :35-9.

- 6. MAJEED U., SEKOWSKI A., OOKO F.** Vulvar cancer in HIV-positive young women – a treatment challenge. SAJOG 2006 ;12(3) :156–160.
- 7. STROUP AM, HARLAN LC, TRIMBLE EL.** Demographic, clinical, and treatment trends among women diagnosed with vulvar cancer in the United States. Gynecol Oncol 2008 ; 108(3) :577-83.
- 8. WITTEVEEN PO1, VAN DER VELDEN J., VERGOTE I., GUERRA C., SCARABELI C., COENS C, DEMONTY G, REED N.** Phase II study on paclitaxel in patients with recurrent, metastatic or locally advanced vulvar cancer not amenable to surgery or radiotherapy: a study of the EORTC-GCG. Ann Oncol 2009 ;20(6) :1511–16.
- 9. WOELBER L., TRILLSCH F., KOCK L., GRIMM D., PETERSEN C., CHOSCHZICK M., JAENICKE F.** Management of patients with vulvar cancer : a perspective review according to tumour stage. Ther Adv Med Oncol. 2013 ; 5(3) : 183–192.
- 10. ZONGO N., KORSAGA N., OUÉDRAOGO S., OUÉDRAOGO A. S., ZAMANÉ H., ZIDA M., OUANGRE E., SANOU A., NIAMPA P., LOMPO O. L., TRAORÉ A., DEM A.** Cancer de la vulve : stades diagnostiques, traitement et survie dans un pays aux ressources limitées (Burkina Faso). Bulletin du cancer, 2019 ; 106(11) : 1057-1063.